

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

N° 58

DES

RUPTURES TENDINEUSES

DU

TRICEPS FÉMORAL

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 14 août 1883

PAR

Numa BERNARD

Né à Florac (Lozère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT * ✕ DOYEN
 CASTAN.....)
 COMBAL ✕ ✕)

ASSESSEURS

Professeurs.

MESSIEURS :

Opérations et appareils.
Pathologie externe.
Accouchements.
Clinique médicale.
Anatomie.
Clinique chirurgicale.
Clinique médicale.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.
Physique médicale.
Anatomie patholog. et histologie.
Médecine légale et toxicologie.
Clinique chirurgicale.
Chimie médicale et Pharmacie.
Hygiène.
Pathologie médicale.
Thérapeutique et Matière médic.
Botanique et Histoire Natur. méd.
Physiologie, chargé du cours.
 MARTINS (O. ✕) FONSSAGRIVES (O. ✕), Professeurs honoraires.

BOUISSON, O. ✕ ✕, D. HON.
 BOYER ✕.
 DUMAS ✕.
 DUPRÉ ✕ C ✕.
 BENOIT ✕ ✕.
 COURT Y ✕.
 COMBAL ✕ ✕.
 CAVALIER ✕.
 MOITESSIER ✕.
 ESTOR
 JAUMES.
 DUBRUEIL ✕.
 ENGEL.
 BERTIN-SANS.
 CASTAN.
 GRASSET.
 PLANCHON ✕ ✕.
 LANNEGRACE.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants. MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN, agrégé.

Agrégés

MESSIEURS :

JACQUEMET.
 PECHOLIER.
 HAMELIN.
 GRYNFELTT.
 DE GIRARD.
 SERRE.
 ROUSTAN.
 CARRIEU.
 MAIRET.

MESSIEURS

CHALOT.
 BIMAR.
 LANNEGRACE.
 MOSSE.
 RÉGIMBEAU ✕.
 TÊDENAT.
 DUMAS fils.
 BLAISE.
 VILLE.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examineurs de la Thèse :

MM. COMBAL, président ;
 DUBRUEIL, professeur.
 TÊDENAT, agrégé ;
 DUMAS fils, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

À mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur COMBAL

A Monsieur BLAISE

Secrétaire de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie

A Monsieur Paul DE MAGNIN

Pasteur de l'Eglise réformée de Montpellier

Hommage de reconnaissance.

N. BERNARD.

A MES MAITRES

A MES AMIS

N. BERNARD.

AVANT-PROPOS

Le travail que nous présentons à nos Juges n'a pas l'ambition d'être une revue absolument complète des ruptures tendineuses du triceps de la cuisse. Il nous aurait fallu, en effet, plus de temps que nous n'avions pour fouiller toute la littérature médicale française. La connaissance des langues étrangères, qui nous fait malheureusement défaut, nous eût été d'une indispensable nécessité pour chercher dans les revues et dans les thèses des autres pays.

Un tel travail eût donc été de beaucoup au-dessus de nos forces et de nos ressources. Nous nous sommes modestement contenté de l'espoir d'être utile aux travailleurs, en réunissant les principaux documents et les principales observations et en y joignant le cas qu'il nous a été donné d'observer.

Nous avons abrégé considérablement les réflexions que nous aurions pu présenter à propos de chaque fait ou de chaque groupe de faits.

Nous nous sommes abstenu d'un aussi facile travail, épargnant à nos lecteurs d'inutiles longueurs, et laissant la réalité clinique parler elle-même.



Contribution à l'étude clinique

DES

RUPTURES TENDINEUSES

DU TRICEPS FÉMORAL

CHAPITRE I.

APERÇU ANATOMIQUE.

Nous croyons qu'il ne sera pas inutile de commencer notre travail en rappelant d'une façon claire et concise quelques détails d'anatomie touchant la région, dont nous devons étudier une des plus rares maladies.

Etudiée au point de vue de l'anatomie des formes extérieures, la région qui contient le tendon du droit antérieur, ou région antérieure du genou, présente d'avant en arrière :

1° La peau à propos de laquelle rien ne mérite d'être noté.

2° La couche sous-cutanée lamelleuse, formée d'aréoles

dans lesquelles on rencontre peu de graisse et qui permettent aux téguments un glissement facile sur les parties sous-jacentes. — Dans cette couche se trouve la bourse prérotulienne, dont l'étude n'a aucun rapport avec notre sujet.

3° L'aponévrose, continuation du *fascia lata* de la cuisse, surtout fibreux et résistant, d'une blancheur mate, formant comme une enveloppe générale à tous les organes sous-jacents.

4° Au-dessous de l'aponévrose, on rencontre une deuxième couche dont la composition est loin d'être homogène. En haut et sur les côtés, elle est représentée par la terminaison du muscle droit antérieur, et par celle du vaste interne et du vaste externe du triceps. C'est ici que quelques détails touchant la disposition de ce tendon ne nous paraissent point déplacés : nous les empruntons au professeur Sappey (Traité d'anat. descriptive, t. II, p. 404, 2^e édition) : « Devenue libre, » l'aponévrose inférieure de la longue portion du triceps » prend l'aspect d'un tendon rectangulaire de 10 centimètres » de longueur, qui donne attache par son bord interne aux » fibres les plus superficielles du vaste interne, et qui s'unit » étroitement en arrière au tendon du vaste externe. Au- » dessus de l'articulation, ce tendon s'élargit un peu, puis s'in- » sère au tiers antérieur de la base de la rotule et à toute la » face antérieure de cet os, en se continuant par sa couche » superficielle avec la couche correspondante du ligament » rotulien. »

Le vaste interne et le vaste externe, outre les fibres directement fournies au tendon du droit antérieur et fusionnées avec lui intimement, présentent des insertions particulières et indépendantes de la rotule. En effet, « libre alors, l'aponévrose » de terminaison du vaste externe plus étroite et plus épaisse, » se dirige en bas et en avant, s'engage obliquement sous le » tendon du droit antérieur, en s'unissant par d'intimes

» connexions à celui-ci, puis s'insère aux deux tiers externes
» de la base de la rotule, et à la partie supérieure de son
» bord externe.» (Sappey.)

Le vaste interne de son côté donne lieu à de semblables considérations: « Dégagée des fibres charnues, l'aponévrose
» de terminaison du vaste interne se dirige en bas et en avant
» en passant d'abord sous le tendon du droit antérieur qu'elle
» croise à angle aigu, puis sous celui du vaste externe qu'elle
» croise également, et s'insère à toute la largeur de la base
» de la rotule.— *Le tendon par lequel le triceps crural se fixe*
» *à la rotule, est ainsi composé de trois plans superposés:*
» *d'un plan antérieur appartenant à la longue portion, d'un*
» *plan moyen dépendant du vaste externe, et d'un plan profond*
» *provenant du vaste interne.*» (Sappey.)

Quand on a enlevé ces différentes parties, quand on a fait une section du tendon du droit antérieur, et des plans tendineux sous-jacents dépendants du vaste externe et du vaste interne, si on rejette en haut et en bas les organes sectionnés, que trouve-t-on dans la région ainsi déblayée? On découvre un organe de la plus haute importance pathologique, la synoviale doublée d'un tissu cellulo-graisseux très abondant ou plus exactement le cul-de-sac supérieur de cette séreuse.

Les fibres profondes du triceps sont séparées de la face antérieure du fémur par ce cul-de-sac, et enfin par des fibres musculaires constituant bien réellement un muscle particulier, désigné sous le nom de tenseur ou releveur du cul de sac synovial. Ce muscle attire en haut la synoviale lors de l'extension, de façon à la préserver de tout froissement de la part de la rotule, qui dans sa brusque ascension aurait pu la pincer contre les condyles du fémur.

Le cul de sac est très mince et très peu résistant du côté de la face postérieure du tendon du droit antérieur. De ce côté, en effet, il est soutenu et protégé par le tendon en question, ce qui explique la minceur de la synoviale en ce point.

Il y a de plus adhérence sérieuse et notable entre les deux organes : nous verrons plus tard l'utilité en pathologie de la connaissance de ce détail d'anatomie. Du côté du fémur, la séreuse est séparée simplement par une doublure de tissu cellulo-graisseux ; elle ne contracte aucune adhérence avec l'os, et se trouve douée d'une épaisseur et d'une résistance fort notables.

Les travaux modernes ont démontré qu'il existait quelquefois une complète indépendance entre la synoviale et le cul de sac sous-tricipital. Le cul-de-sac pourrait être considéré comme une bourse séreuse considérable, ouverte habituellement dans l'articulation. Quoi qu'il en soit de l'explication, nous retiendrons simplement le fait.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

Les causes des ruptures du triceps peuvent être divisées en deux catégories ; nous reproduirons la classification étiologique anciennement adoptée, que nous trouvons aussi heureuse que simple : en 1^o causes déterminantes, 2^o causes prédisposantes.

La première série de causes est aussi facile à signaler qu'à comprendre. Il suffit de parcourir quelques observations pour voir qu'il a toujours existé quelque violence exercée sur le tendon et résultant soit d'une contraction musculaire énergique et subite, soit d'un mouvement de flexion passive qui a d'abord violemment tirailé l'organe rompu. Mais nous reviendrons sur toutes ces questions quand nous étudierons les mécanismes divers de l'accident. Contentons-nous, pour le moment, de retenir qu'une violence est toujours la cause déterminante essentielle.

Quant à la deuxième catégorie de causes, celle des causes prédisposantes, elle est beaucoup plus obscure. Pourquoi telle impulsion violente, d'une égale intensité chez tous les individus qui la subissent, produit-elle chez l'un une rupture du tendon rotulien, chez l'autre une fracture de la rotule, chez un troisième une rupture du tendon du triceps et enfin rien du tout chez le dernier ? Comment se fait-il d'autre part qu'un accident d'une aussi curieuse rareté, dont les exemples ne sont qu'en bien petit nombre, puisse tout à coup et en une seconde éclater deux fois chez le même individu, rompre si-

multanément les deux tendons, et cela pour des traumatismes dont la violence n'a rien d'effrayant? Il est certain qu'il existe là un *nescio quid* qui nous échappe encore, qui est totalement indéterminé, et qui donnerait sans doute l'explication de ces bizarreries apparentes. Beaucoup d'auteurs s'en sont préoccupés. Ruysch, à qui appartient la première observation, a songé aux conditions prédisposantes. Il se demande s'il n'y aurait point eu chez ces hommes une *diathèse* particulière: « *Quæ quidem mala haud accidissent tam facile, si ab fuisset ægra hæc diathesis.* » C'est, en effet, le *tam facile*, qui étonne chaque observateur, c'est là ce qui fait admettre la nécessité de quelque prédisposition d'ordre général, de quelque relation encore vague avec une maladie troublant soit les évolutions nutritives de l'organisme entier, soit le fonctionnement d'un grand appareil tel que le système nerveux. Nous trouvons, en effet, dans les bulletins de la Société anatomique de novembre 1875 une observation fort remarquable présentée par M. Lépine, aujourd'hui professeur à la Faculté de Lyon, et qui consiste en une rupture du tendon rotulien chez un ataxique. Cette rupture, fait important, se produisit en conséquence d'un choc d'intensité fort moyenne et comme chacun a pu souvent en recevoir sans danger. La facilité de la rupture éveilla l'attention de l'observateur, qui reconnut l'existence de l'ataxie, et arriva à cette conviction qu'il avait eu affaire à *un trouble trophique d'un tendon*. Nous nous contenterons de signaler ce fait: aujourd'hui que nous connaissons l'extrême mobilité et l'infinie souplesse des formes frustes de l'ataxie locomotrice et de bien d'autres maladies de la moelle, il contient peut-être, en germe l'explication de ces ruptures simultanées des deux tendons, dont nous avons deux cas très nets, celui de Saucerotte, et celui de Renouard. (Voir observations.)

Bien d'autres conditions prédisposantes pourraient encore

nous arrêter, mais elles sont d'un ordre fort banal et n'expliquant pas grand chose. Sur nos 25 observations, 14 fois l'âge fut indiqué. Le plus jeune des malades avait 22 ans, le plus âgé 74 ans. Deux seulement sont au-dessous de 30 ans. La plupart de nos malades ont dépassé 55 ans. Il est curieux de remarquer que les trois observations empruntées à Maligne, concernent des hommes de 71 ou 72 ans, et que ces malades ont généralement guéri plus rapidement que d'autres plus jeunes.

Sur le total de nos observations, trois femmes seulement sont atteintes. Et comme le fait observer Demarquay, cela est dû probablement à ce que ces dernières se livrent à des travaux moins rudes.

Il nous reste à compléter notre chapitre d'étiologie par l'étude des divers mécanismes qui produisent la lésion.

Ici deux conditions bien différentes l'une de l'autre peuvent se présenter: Ou bien, le muscle triceps était en contraction énergique au moment de la rupture, c'est à cette contraction même plus puissante que de coutume qu'il faut presque uniquement attribuer l'accident. Ou bien, deuxième alternative, le muscle était dans un relâchement complet. Il a été violemment tirailé et a cédé au niveau de son tendon.

Inutile de dire que le mécanisme le plus souvent réalisé en pratique, est le premier, c'est surtout quand on cherche à prévenir une chute soit en avant soit en arrière que l'appareil musculaire dépense d'un coup les forces de tension accumulées depuis longtemps, à tel point que quelquefois la machine éclatè. « Dans les efforts pour prévenir une chute » en avant, dit Follin (t II, p. 197), la rupture est produite » par la lutte qui s'établit entre le droit antérieur pour étendre la jambe et les extenseurs du bassin et du corps pour » ramener le corps en arrière. » Voilà, nous semble-t-il, la

caractéristique nette de ce qui se passe dans la chute en avant. Quand il s'agit de prévenir une chute en arrière, « la » rupture est aidée, dit le même auteur, par la traction considérable exercée sur le droit antérieur par le poids du corps » et son renversement en arrière. » Et il ajoute excellemment : « La contraction musculaire est instinctive dans tous ces cas, » et la volonté ne la commande plus, mais la rupture peut » encore avoir pour cause une contraction musculaire volontaire. »

Quand il y a contraction musculaire, involontaire ou volontaire, on pourrait résumer les divers mécanismes dans le tableau suivant :

Contraction musculaire.

Contr. involontaire	{ effort pour éviter une chute en arrière. effort pour éviter une chute en avant.
Contr. volontaire	{ effort pour sauter, pour franchir un fossé (Observ. J.-L. Petit). effort dans une course rapide (Observ. de Sédillot).

Nous avons parlé d'une catégorie de faits dans lesquels le muscle est en relâchement complet. Il se casse comme une corde sur laquelle on exercerait de fortes tractions. Il est alors absolument passif.

Telle est par exemple l'observation de Ruysch : Il s'agit de deux hommes qui ont l'habitude de serrer énergiquement leurs guêtres au-dessus du genou. Ils tombent les jambes fléchies, se rompent le tendon du triceps. Ici le muscle a été manifestement inerte, c'est la flexion brusque qui l'a rompu.

Dans l'observation de Molinelli, on voit un homme fort et gros, descendant un escalier et se laissant tomber sur les genoux. Ici encore c'est la flexion brusque qui a tout fait.

L'observation de Saucerotte fait mention d'un homme très gros, qui, glissant dans un escalier, tombe les deux jambes pliées sous lui. Ici encore flexion brusque, pendant que le triceps reste passif. Inutile de multiplier les exemples. Dans des circonstances d'un ordre un peu différent, il s'agit d'une personne qui ayant enfoncé son pied dans un trou, tire violemment sur le pied pour le dégager. Cela pourrait constituer une autre sous-division. Il n'y a plus de flexion, mais simple tiraillement, les deux segments du membre inférieur restant ou à peu près en ligne droite.

Nous résumerons dans le tableau suivant les cas qui se produisent en dehors de toute contraction du triceps.

Absence de contraction	{	1° flexion brusque et forcée.
	{	2° traction en ligne droite.

Arrivé à la fin de cet exposé théorique, et peut-être un peu artificiel, il convient d'ouvrir une parenthèse pour examiner dans quelle catégorie il sera possible de placer l'observation XXIII (observation originale).

Le malade est en train de glisser le corps incliné en arrière; il va s'abattre : tout-à-coup une jambe est vivement projetée en avant, elle retombe brusquement et le tendon de cette jambe est cassé. — Ce récit, fait par lui-même, nous a toujours paru difficile à interpréter. Cependant, malgré nos interrogations précises, renouvelées, il n'a jamais varié. Il faudrait admettre, si nous devons l'accepter à la lettre, que le membre projeté en avant est retombé sur lui-même, s'est fléchi sur lui-même avec assez de violence pour déterminer un tel accident. Ce cas ferait donc partie de notre sous-division par flexion brusque et forcée. Cependant les objections se présentent en foule contre une telle interprétation. Il est probable que le malade n'a pas minutieusement étudié le jeu

de chacun de ses membres, au milieu de l'anxiété de la chute. Remarquons d'autre part qu'il glissait le corps incliné en arrière, prêt à tomber, et rallions-nous de préférence à l'idée d'une contraction involontaire du triceps, avec effort pour éviter une chute en arrière. C'est là une de nos catégories les plus riches et les plus faciles à admettre. Plaçons-y notre observation XXIII.

Égayons ce chapitre de mécanisme et d'étiologie déjà long et passablement aride, par la mention d'une cause peu connue de rupture du tendon du triceps, car la thérapeutique dans ses débordements n'a pas épargné ce modeste organe. Par la bouche de M. Constant de Saint-Vrain (20 avril 1841, inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, 1841, pag. 512), elle a proposé sa section sous-cutanée comme mode de traitement des fractures transversales de la rotule. En effet, c'est là la seule force qui empêche la coaptation de cet os.

CHAPITRE III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Ici nous serons bref. Une seule autopsie, en effet, a pu être faite. Martini qui a étudié un homme mort d'hémorrhagie cérébrale un an après s'être rompu le tendon du droit antérieur, a constaté les faits suivants: « Les deux »bouts rompus étaient réunis par une substance inter-»médiaire semi-ligamenteuse qui n'avait pas plus d'un »pouce de largeur. Il n'y avait point d'adhésions anormales, »mais on observait sur la capsule du genou deux ou trois »cicatrices qui prouvaient que cette membrane avait été »rompue en plus d'un endroit.» (Texte de l'analyse de l'observation de Martini, publiée dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1839, pag. 166). Nous n'avons rien à ajouter, si ce n'est que Demarquay (voir son mémoire publié plus loin) est fort sceptique à l'égard de cette déchirure de la synoviale.

CHAPITRE IV.

SYMPTÔMES.

Les symptômes sont clairs, nets, simples, faciles à comprendre. Dès que l'accident survient, ou bien le malade s'abat subitement comme foudroyé, et une fois à terre seulement il éprouvera une très vive douleur dans la région du genou ; ou bien, au contraire, c'est la douleur qui sera tout d'abord ressentie, la chute ne se produira qu'ensuite. Donc, voilà les deux phénomènes primordiaux : chute et douleur, quel que soit (et cela importe peu) leur ordre d'apparition. Certains malades ont entendu un craquement au moment de l'accident ; mais le fait est exceptionnel.

Une fois étendu sur le sol, le blessé souffre très peu, et, revenu de sa première stupeur, il se tâte, fait divers mouvements, ne se croit point malade, et jusqu'au moment où, essayant de se relever, il contractera son triceps, il se demande curieusement la cause d'une chute si brusque. Mais si tombé, la jambe étendue, il a le malheur de la fléchir, la vive douleur du début reparaitra. S'il est tombé au contraire la jambe fléchie, il essaiera infructueusement de l'étendre. De toutes façons, il y a impossibilité absolue de se relever....

Si on est appelé à examiner ce malade quelques jours après, on le trouvera couché dans son lit, la jambe étendue. Si par hasard on avait maintenu la position fléchie, à cause des douleurs violentes du redressement, il faudrait néanmoins y procéder sur le champ, immédiatement après avoir fait son diagnostic. On trouve souvent alors au niveau du

genou, un gonflement assez considérable qui gêne l'exploration et la palpation et une ecchymose qui est à peu près constante. Elle siège au-dessus de la rotule, s'étend sur ses parties latérales, remonte quelquefois assez haut. Dans un cas, on a trouvé la cuisse entièrement violacée, en enlevant un appareil placé depuis 55 jours. Le gonflement prédomine au dessus de la rotule, mais il peut aussi atteindre toute l'articulation du genou. Il est fort probablement dû en effet à la déchirure du cul-de-sac sous-tricipital et à une légère inflammation consécutive, ce que l'on a appelé une hydarthrose aiguë. Cette rupture du cul-de-sac n'a rien qui doive nous étonner, étant connue l'adhérence qui existe entre le tendon et la séreuse.

On conçoit que le gonflement reste limité à la partie supérieure de la rotule, lorsque le grand cul-de-sac ne communique point ou communique fort peu avec le reste de l'articulation.

Il est prudent d'attendre l'atténuation de ces phénomènes pour se livrer à une palpation attentive. Alors on constatera d'abord ce fait bien connu, que le membre fléchi ne peut s'étendre de lui-même et que, le membre étendu ne peut supporter sans de vives souffrances la moindre tentative de flexion. En plus, symptôme pathognomonique, on verra une dépression transversale, un enfoncement où il sera possible de loger, suivant les cas, une plume, un doigt, deux, trois et même quatre doigts. Cette sorte de rainure est située à 1 c., et jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la rotule. En palpant d'une façon encore plus attentive, on trouvera du côté du fragment supérieur un bourrelet fort et saillant, signalé par Malgaigne. D'autres auteurs ont senti le même bourrelet du côté du fragment inférieur, mais beaucoup l'ont cherché sans pouvoir obtenir une sensation bien précise. Il est particulièrement signalé dans l'observation de Demeaux, qui par

contre, n'avait point perçu nettement le bourrelet supérieur.

Le sillon profond creusé entre le fragment d'en haut et celui d'en bas, augmente très notablement de largeur quand on fait fléchir la jambe sur la cuisse, et diminue immédiatement quand on ramène le membre à sa position antérieure.

La rotule, libérée d'une de ses attaches, est souvent d'une mobilité exagérée. On l'a trouvée dans un cas sur la tête du péroné. Les symptômes généraux sont habituellement nuls, et nous ne verrions pas comment pourrait s'expliquer leur présence. Il est cependant fait mention dans une observation d'une fièvre nerveuse avec douleur hypogastrique.

Nous croyons avoir rapporté pour la première fois dans notre observation XXIII (originale) un fait assez curieux, et dont la physiologie pathologique nous paraît facile à comprendre. Notre malade dit avoir pu marcher à reculons, dans une de ses tentatives pour se lever, mais n'avoir jamais pu marcher devant lui. Au premier abord, on est étonné qu'un mode quelconque de marche soit possible. Néanmoins, tout mouvement, indépendant de la contraction du triceps, ne présentera aucune espèce de difficulté d'interprétation : voyons donc quel est le rôle du triceps et surtout du droit antérieur pendant la marche. Dans la marche en avant, le droit antérieur prend son point fixe sur l'os coxal, et détermine le léger mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin et de projection en avant, qui est nécessaire au mouvement de locomotion normal. Ces actes divers ne pourront plus s'effectuer : donc plus de progression en avant. Mais, dans la progression en arrière, le droit antérieur n'a aucun rôle. L'expérience est facile à faire : on peut tenter de traîner la jambe en arrière, en maintenant les doigts appliqués sur la face antérieure de la cuisse, en vue de surveiller et de prévenir toute contraction du muscle en question, et on réussira toujours dans cette tentative.

Sous le nom de complications, on a signalé quelques phénomènes exceptionnels, tels qu'une ecchymose extrêmement étendue, une hydarthrose aiguë, accompagnée d'un mouvement fébrile, quelquefois un déplacement exagéré de la rotule, et enfin une seule fois une fracture concomitante du fémur.

Tels sont les principaux symptômes.

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC.

Nous dirons avec Demarquay (voir mémoire publié plus loin) « si le diagnostic d'une affection était d'autant plus » facile que les symptômes sont plus tranchés, cette dernière » ne peut être confondue avec aucune autre. Il suffit d'être » prévenu de son existence pour que la chose soit impossible. » Mais si l'on était appelé quelques jours après l'accident, il » pourrait se faire qu'elle ne fût point reconnue en raison du » gonflement (voyez 8^{me} observation), ou qu'elle fût confondue » avec une forte contusion de la partie antérieure de la cuisse, » et *vice versa*. »

Nous nous permettrons cependant, malgré l'autorité de l'auteur que nous venons de citer, de penser qu'il existe au moins une circonstance dans laquelle le diagnostic n'est point aussi simple. Il s'agit des cas de fracture transversale de la rotule, dans lesquels le fragment supérieur est extrêmement petit, dans lesquels le tendon du triceps semble avoir arraché et emporté avec lui la mince croûte osseuse sur laquelle il s'insère. Le diagnostic différentiel sera fait alors par la considération de la légère différence de siège dans l'un et l'autre cas, car dans la rupture du tendon, le siège du mal sera plus élevé. Il faudra également rechercher le bout supérieur que sa dureté et sa consistance feront distinguer facilement d'un tendon coupé. Il reste un dernier signe, qui est pathognomonique; il suffira d'abaisser le fragment supérieur, de le mettre en contact avec l'inférieur, si c'est de l'os on percevra le symptôme essentiel de toute fracture, la crépitation.

CHAPITRE VI.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

« La marche de cette affection, dirons-nous avec Demarquay, » est généralement simple; d'abord, il se forme un peu de » gonflement de la partie malade, quelquefois même une » ecchymose; mais à ces phénomènes morbides succède » bientôt un travail organique et réparateur. »

Durée. — Elle est fort variable, et nous ne pouvons en donner une meilleure idée qu'en indiquant après combien de temps furent rétablis ceux des malades qui guérissent. Notons en plus que, dans quelques observations, on trouve la mention: guéri sans aucune indication de temps. Nous ne ferons pas figurer ces observations-là dans notre petit tableau.

IV^e Observation. — Guérison. Après 2 mois, il marche péniblement avec des béquilles.

V^e Observation. — Au bout de 40 jours, marche avec béquilles; 18 mois après il chasse.

VI^e Observation. — Au bout de 50 jours, marche avec béquilles.

IX^e Observation. — Après 21 jours, guérison totale.

XII^e Observation. — Après 20 jours, marche avec béquilles qu'il abandonne peu après.

XIII^e Observation. — Après 50 jours, guérison complète.

XV^e Observation. — Après 80 jours, il marche avec des béquilles.

XVI^e Observation. — Après 60 jours, marche avec des béquilles.

XVII^e Observation. — Après 60 jours, marche avec des béquilles.

XXI^e Observation de Renouard (rupture double). — Après 5 mois et demi, il peut marcher avec des béquilles. Après 11 mois et demi, il marche parfaitement et sans soutien.

XXIII^e Observation (originale). — Après 95 jours, il marche avec des béquilles.

Il nous reste à étudier les terminaisons. Notons que jamais la mort n'a été la conséquence de cet accident : ou bien le tendon se consolide, le malade reprend ses occupations, et la guérison est complète : ou bien, absence totale de consolidation ; c'est une infirmité incurable. Quelle est la fréquence relative de ces deux terminaisons ?

Sur vingt-trois cas, cinq fois la terminaison n'a pas été indiquée ; mais deux fois au moins sur cinq, l'auteur n'a rien dit d'explicite, parce que le résultat fut malheureux. Il est facile de le voir à la simple lecture des observations.

Restent donc vingt cas dans lesquels on peut considérer l'issue définitive comme connue. Sur ce total, quatre malades ne guérissent jamais, seize malades guérissent définitivement après un temps plus ou moins long.

Le pronostic n'est donc pas très grave.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Ici, le traitement est la grande affaire. L'affection dont nous nous occupons est facilement curable, les chiffres précédents (seize guérisons certaines sur vingt cas) en fournissent la pleine et convaincante démonstration.

Interrogeons maintenant les cas malheureux : toujours l'insuccès résultait soit de l'absence de traitement, soit d'un traitement mal compris. On conçoit facilement que deux fragments de tendon, que l'on n'aura pas pris soin de rapprocher l'un de l'autre, ne puissent se consolider d'eux-mêmes. Si des mouvements alternatifs d'extension et de flexion sont imprimés au membre (comme on en trouve la mention dans plusieurs observations), on comprendra également que toute ébauche de réunion et de consolidation soit détruite par de telles manœuvres.

Il importe donc de fixer son attention sur le traitement.

Au moment même de l'accident, quelques soins préliminaires sont indispensables avant l'adoption d'une tactique définitive : il faudra placer le malade dans la position horizontale, mettre sa jambe dans l'extension la plus complète, quelle douleur que cela puisse provoquer. On s'attachera ensuite à calmer l'inflammation quelquefois vive, l'hydarthrose aiguë qui se produit, et à favoriser la résolution de l'ecchymose, qui, nous l'avons vu, atteint quelquefois de considérables proportions.

L'hydarthrose cédera facilement d'abord au repos absolu de l'articulation, à l'application de compresses froides et résolutives ; on pourrait même appliquer quelque révulsif, mais autant que possible, il est bon de laisser de côté les vésicatoires, dont la plaie rendrait insupportablement douloureuse l'application de certains appareils qui seront décrits plus loin. Quant à l'ecchymose, on facilitera sa résolution au moyen de compresses d'eau blanche constamment appliquées. Une fois que tous ces soins préliminaires auront été pris, que peu à peu les phénomènes aigus auront totalement cédé, il nous restera à songer à l'essentiel, c'est-à-dire au traitement définitif.

Deux principes généraux guideront toujours le praticien :

1° Maintenir le membre immobile et dans l'extension aussi complète que possible.

Ce premier principe ne doit souffrir aucune exception. Il constitue même la partie essentielle du traitement : un malade abandonné et maintenu dans cet état sera dans les meilleures conditions possibles pour que sa situation ne se compromette point, mais aussi pourra-t-elle ne s'améliorer que très lentement, car c'est là une prescription purement négative ; il faut y adjoindre quelque chose de positif, d'agissant. Ce sera précisément l'objet de notre second principe général.

2° Chercher à rapprocher les deux bouts du tendon rompu.

Il est évident que plus les deux fragments seront voisins l'un de l'autre, plus prompt et plus solide sera la réunion.

Il nous reste maintenant à indiquer les moyens et les appareils employés pour réaliser en pratique ces deux prescriptions fondamentales :

1° On maintiendra facilement le membre dans l'immobilité absolue et l'extension rigoureuse.

Il n'est besoin de s'embarrasser pour cela d'aucun appareil compliqué, il suffit d'avoir un lit bien fait.

Beaucoup de chirurgiens ont eu l'ingénieuse idée d'employer une sorte de plan incliné, en vue de rendre l'extension plus complète. — En effet, le droit antérieur a des attaches supérieures au bassin; si par conséquent nous fléchissons le bassin sur la cuisse (et dans ce cas le malade sera comme assis dans son lit), si nous fléchissons la cuisse sur le bassin (et dans ce cas, le malade sera étendu horizontalement sur le dos, mais la cuisse se trouvera élevée); dans les deux cas, il est évident que nous rapprochons les insertions supérieures des inférieures, et que nous diminuons de beaucoup le tiraillement exercé par le corps charnu du muscle sur le tendon rompu: le mouvement naturel de retrait et d'ascension du fragment supérieur au milieu des parties molles de la cuisse sera donc très considérablement diminué.

Nous pouvons conclure de tout ceci que l'emploi d'un plan incliné nous paraît chose très rationnelle et très logique.

2° Il reste maintenant à chercher le moyen le plus pratique d'appliquer notre second principe général, qui consiste dans le rapprochement des deux fragments sectionnés. Rien de plus facile évidemment que de maintenir la rotule vers la partie supérieure, rien de plus facile que de la conduire comme à la rencontre de l'autre chef du tendon; car on possède un point d'appui considérable, et une prise des plus faciles. — Mais la difficulté est aussi considérable quand il s'agit du bout supérieur, qu'elle est minime quand il s'agit de l'autre. Le bout supérieur remonte naturellement au milieu des chairs. Il ne présente aucune espèce de saillie au moyen de laquelle on puisse le saisir, le brider et l'attirer en bas. C'est contre cette sérieuse difficulté que s'est usée l'ingéniosité des inventeurs. — Les anciens chirurgiens appliquaient des bandes roulées, quelquefois sèches, d'autres fois dextrinées ou plâtrées: c'étaient là des appareils médiocres.

Un d'entre eux conseille une bande à concavité tournée en

haut, de façon à tenir la rotule et à la faire remonter; une autre bande semblable, mais à concavité tournée en bas, est appliquée et serrée de façon à brider le tendon.

Malgaigne emploie un appareil en huit de chiffres, les deux anses du huit passant l'une au-dessous de la rotule, l'autre au-dessus du fragment supérieur, de sorte qu'en serrant on doit forcément rapprocher les deux bouts.

Pour notre part, nous avons vu employer (voir l'observation XXIII) un appareil élastique, conçu et construit d'après l'enseignement de M. le professeur Dubrueil: cet enseignement, nous en avons trouvé l'exposé dans deux thèses fort remarquables de notre faculté: la première est celle du D^r Constant Barraïa, élève particulier du professeur Dubrueil (thèse Montpellier 1880). Elle a pour objet l'emploi en général des tractions élastiques dans un grand nombre de circonstances chirurgicales, et particulièrement dans le traitement des plaies à large surface. L'autre thèse, non moins intéressante, s'inspire des mêmes principes généraux et les applique à un cas bien voisin du nôtre. Je veux parler du travail inaugural, si précis et si convaincant de M. le D^r Numa Durand, sur l'emploi des tractions élastiques dans le traitement des fractures transversales de la rotule (thèse de Montpellier 1881). Telle est la source à laquelle a été empruntée l'idée de l'appareil à traction élastique, dont le lecteur trouvera la description dans le cours de notre observation XXIII.

Ce système nous paraît le meilleur pour rapprocher graduellement les deux chefs isolés de la rupture; il nous semble aussi le meilleur pour brider le triceps et l'empêcher de remonter. En effet, il suffit que la bande de toile sur laquelle sont implantées les agrafes soit circulairement serrée autour de la cuisse. On peut encore se dispenser de l'application d'une bande circulaire, et compléter l'anneau constricteur,

au moyen de bandelettes de diachylon, qui possèdent des propriétés si remarquablement adhésives.

Les bandes de toile seront collées à la peau au moyen du collodion.

Cet appareil n'a qu'un inconvénient, que la mise en pratique nous a révélé: c'est qu'il exerce un tiraillement douloureux sur la peau, que le malade ne peut quelquefois se résigner à supporter.

Il reste un traitement à adopter pour les cas où aucune espèce de consolidation n'a pu être obtenue. Alors on recourt à une sorte de triceps artificiel en caoutchouc. Les avantages de cette méthode, les détails de son application se trouvent parfaitement exposés dans la communication que nous reproduisons plus loin, par son éminent inventeur, M. Jules Guérin (Observation XXII, à la fin): c'est à ce travail que nous renvoyons nos lecteurs.

MÉMOIRE DE DEMARQUAY.

Mémoire sur les ruptures du tendon du triceps fémoral au-dessus de la rotule,
par Demarquay, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Le droit antérieur de la cuisse en s'unissant au-dessus de la rotule au vaste interne et au vaste externe, forme en ce point un tendon fort et résistant, qui se fixe à l'extrémité supérieure de cet os: c'est à la réunion de ces trois parties que MM. Blandin et Cruveilhier donnent le nom de triceps fémoral. Il semblait que ce muscle qui présente tant de résistance à la partie inférieure de la cuisse, devait par cela même échapper à toute rupture par suite de contractions musculaires, et cependant si on recherche dans les annales de la science, on voit que cette maladie a été observée par Ruysch en 1720, par J.-L. Petit en 1723, par Schlichting en 1742, par Molinelli en 1707, par Saucerotte en 1801 et dans un temps plus rapproché par Sédillot en 1817, par Boyer, par Dupuytren. Enfin, tout récemment cette rupture a été observée par Martini, Velpeau, Jobert, Blandin et Maisonneuve; mais tous ces auteurs se sont bornés à reproduire les faits dont ils avaient été témoins; et tandis que l'on faisait des articles spéciaux sur les ruptures du tendon d'Achille, personne ne traitait d'un point de vue général la rupture du tendon du triceps fémoral, peut-être plus grave que celle du tendon d'Achille; et cependant tous les auteurs que j'ai cités plus haut regardent cette affection comme grave. Boyer est le seul qui en dise un mot. Disons toutefois que cette maladie devait être considérée par les auteurs un peu anciens

comme d'autant plus grave qu'ils considéraient les tendons comme plus sensibles. De nos jours, ces idées erronées n'existent plus; cette affection doit perdre de sa gravité apparente non seulement par cette raison, mais à cause du fait si bien établi par M. Jules Guérin, savoir: l'innocuité des plaies sous-cutanées. Ayant eu l'occasion d'observer un cas de rupture du triceps fémoral avec M. Blandin, j'ai pensé à réunir tous les éléments que possède la science sur cette question pour en tirer quelques considérations générales, chose qui n'avait point été faite jusqu'à ce jour. Le nombre des observations que j'ai pu réussir à me procurer s'élève à treize. Je vais les reproduire non pas d'après leur degré d'importance, mais suivant l'ordre chronologique suivant lequelles ont été publiées par les auteurs. Ce nombre de faits n'étant pas assez grand pour établir des catégories, j'ai pensé mieux faire en suivant l'ordre que j'ai indiqué plus haut. Je regrette de ne pouvoir donner ici le fait observé par Jobert, ainsi que deux autres qui se trouvent l'un dans une thèse Hollandaise indiquée par Plouquet, et l'autre dans une thèse Allemande.

(Suivent les observations.)

Le mémoire continue :

Maintenant que je viens de faire connaître les observations que j'ai pu réunir, je devrais donner quelques détails d'anatomie pathologique sur la rupture du tendon du triceps fémoral; mais aucun des malades n'ayant succombé au moment de l'accident, ce que je pourrais dire ne serait qu'une hypothèse. Cependant je mentionnerai deux faits, l'un tiré de Saucerotte; cet auteur dit que sur son malade, la rotule fut tellement portée en dehors, qu'elle venait reposer sur la tête articulaire du péroné; l'autre fait, qui appartient à Martini, a trait à la déchirure de la capsule synoviale du

genou, en même temps que s'était faite la rupture du triceps. Le sujet de son observation étant mort un an après sa chute, on trouva que la substance intermédiaire des deux fragments pénétrait jusque dans l'articulation. Peut-on induire de là que la capsule a été déchirée? Je ne le sais. Toutefois, cette particularité aurait perdu de son importance pathologique, depuis les opérations qui ont été faites dans les articulations mêmes, suivant la méthode sous-cutanée de MM. Jules Guérin, Goyard, Blandin, etc., sans déterminer d'accidents graves.

La maladie qui nous occupe se produit toujours consécutivement à de grands efforts musculaires, soit qu'ils soient faits pour parer une chute, soit pour franchir un espace, comme cela s'est passé dans le cas de Jean-Louis Petit. Dans une des observations de Sédillot, une de ses malades se rompit le tendon du triceps en faisant effort pour retirer son pied d'un trou dans lequel il s'était engagé. Ruysch, frappé du fait qu'il avait eu l'occasion d'observer, se demande s'il n'existerait pas, chez certains individus, une diathèse particulière, favorisant la production de la maladie. Dans les 15 observations que nous avons rapportées, huit fois l'âge fut indiqué; le plus jeune des malades cités plus haut a 22 ans, et le plus âgé 74; sur 8, 2 sont au-dessous de 30 ans, tandis que sur les 10 autres le plus jeune en a 45, et les 4 autres en ont plus de 50. La conséquence de ceci est que, suivant les faits que nous avons cités, la vieillesse est une cause de production de cette rupture. Sur nos 14 malades, 2 femmes seulement sont affectées. A quoi tient cette différence? Probablement à ce que ces dernières se livrent généralement à des travaux moins rudes.

Cette affection est généralement unique, et cependant deux fois sur treize elle s'est montrée double, une fois pri-

mitivement dans l'observation de Saucerotte, l'autre fois successivement, dans l'observation de Dupuytren.

Quant aux complications qui sont survenues, elles ont été peu graves; un peu de fièvre, un peu de rougeur et d'inflammation de la cuisse, voilà celles qui ont été notées; dans deux cas seulement la complication a été plus grave: le malade de Boyer se fractura le fémur du même côté où eut lieu la rupture; le malade de M. Martini eut une fièvre nerveuse et le délire. Mais lequel des deux membres est principalement affecté? Je serais porté à croire que c'est le droit, mais je ne puis rien conclure, le membre affecté n'ayant pas été noté dans les observations anciennes que j'ai reproduites. Les symptômes de cette affection sont: une douleur vive perçue à la partie inférieure de la cuisse, sentiment de craquement dans cette partie (ce fait n'a été noté qu'une fois dans les 15 observations), et enfin chute. Si le médecin est appelé au moment de l'accident, il constate une dépression sous-cutanée située au-dessus de la rotule, quelquefois immédiatement au-dessus de cet os, et quelquefois au contraire à trois ou quatre travers de doigts au-dessus; cette dépression n'est point toujours la même; tantôt elle admet à peine un doigt, et d'autres fois, au contraire, elle a une étendue en hauteur de plusieurs centimètres, sa profondeur doit également varier. Ce symptôme devient plus manifeste suivant que l'on fléchit ou que l'on étend la jambe. Dans le premier cas, écartement des deux fragments, et dans le deuxième rapprochement. Si on vient à appuyer sur cette dépression, on détermine de la douleur. La rotule est plus mobile que d'habitude, elle est un peu baissée, et dans un cas elle avait été entraînée jusque sur la tête du péroné. Le malade ne peut ni étendre ni soulever sa jambe; si au contraire on vient à la lui soulever en masse, il n'accuse aucune douleur dans le lieu de la rupture.

Tels sont les symptômes primitifs de la rupture du tendon du triceps; plus tard l'excavation se comble; un gonflement, quelquefois une large ecchymose, et même une inflammation surviennent dans le lieu où siège la lésion; toutefois ces phénomènes ne sont que très temporaires; ils disparaissent assez promptement.

Si le diagnostic d'une affection était d'autant plus facile que les symptômes sont plus tranchés, cette dernière ne peut au début être confondue avec aucune autre; il suffit d'être prévenu de son existence pour que la chose soit impossible; mais si on était appelé quelques jours après l'accident, il pourrait se faire qu'elle ne fut point reconnue en raison du gonflement (voy. 8^{me} observation) ou qu'elle fût confondue avec une forte contusion de la partie antérieure de la cuisse et *vice versa*.

La marche de cette affection est généralement simple; d'abord, il se forme un peu de gonflement de la partie malade, quelquefois même une ecchymose; mais à ces phénomènes morbides succède bientôt un travail organique et réparateur. Cette affection morbide du triceps se trouvant dans des conditions physiologiques, analogues à celles dans lesquelles se trouvent les muscles et les tendons après la section sous-cutanée, d'après quelle loi s'effectue la guérison? Laquelle des opinions émises par Delpech, MM. Acher, Duval, Ammon, Bouvier, Velpeau, Jules Guérin, admettrions-nous?

Il me semble, avec M. Jules Guérin, que la nature ne doit pas se modifier pour produire un phénomène organique identique, quel que soit d'ailleurs l'organe où se passe le phénomène. En un mot, il me semble que la nature doit toujours procéder de la même manière, qu'il s'agisse de la réunion d'un os, d'un muscle ou d'un tendon. D'où ce corollaire: «les plaies sous-cutanées, des tendons, des ligaments des muscles, etc..., guérissent en s'organisant, quoiqu'il y ait un espace

considérable laissé entre les deux lèvres de la solution de continuité, suivant le mécanisme de la réunion adhésive.»

En établissant la durée de cette maladie, si nous n'avions égard qu'à la cure médicale, il nous serait bien difficile d'indiquer quelque chose de positif avec notre peu d'observations, attendu qu'il est des malades qui pouvaient à peine marcher au bout de 9 mois, ou même d'un an et de 18 mois, et qui guérissent néanmoins. Nous n'avons pour but dans ce travail que d'indiquer d'une manière approximative la quantité de jours que le malade doit rester au lit. Sur 17 observations où la durée fut marquée, une seule malade put marcher au bout de 25 jours, les 6 autres ne purent le faire qu'après six semaines au plus tôt.

Sur 14 malades dont nous avons rapporté l'histoire, nous trouvons 5 cas seulement où la terminaison fut heureuse; dans les autres cas, où elle fut défavorable au malade, ou ne fut point indiquée. Plusieurs marchèrent très difficilement après la guérison.

De tout ceci il faut conclure qu'une affection qui a demandé en moyenne de 40 à 50 jours de séjour au lit et qui surtout a laissé 9 malades sur 12 dans l'impossibilité de marcher convenablement, est une affection grave. Espérons que les faits postérieurs modifieront ce pronostic, que je ne forme qu'avec crainte, attendu que les faits sur lesquels il repose manquent de détails circonstanciés.

Quelle peut être la cause de ces succès? Il me semble que l'on pourrait les indiquer de la manière suivante: Immédiatement après la rupture du tendon fixé à un muscle long et doué de rétractilité, tendant sans cesse à s'éloigner, au début de la maladie, du fragment inférieur; si on ne s'oppose à cette rétractilité, elle se fait jusqu'à ses dernières limites, qui varient peut-être suivant chaque individu; il reste donc un

espace à combler en rapport avec la rétractilité musculaire, et supposons par la pensée que l'espace est comblé et qu'une nouvelle portion de tendon est formée, il en résultera que le droit antérieur de la cuisse, ou longue portion du triceps fémoral, aura encore la même longueur. Mais, par suite de la contraction et du retrait moléculaire qu'il a subi, il peut avoir perdu de sa force contractile, d'où l'impuissance dans laquelle se trouve le triceps de tendre la jambe sur la cuisse et de marcher sur un plan décline, comme le malade de Molinelli; d'après mon hypothèse, l'impuissance ne viendrait point de la longueur du muscle, mais de sa faiblesse de contractilité.

Le traitement que l'on doit faire subir aux malades atteints de cette maladie se réduit à deux choses : rapprocher les fragments et s'opposer à leur écartement; le premier de ces moyens ne peut être atteint par les bandages que les chirurgiens ont imaginés pour obtenir la guérison des fractures de la rotule, car ils supposent tous, deux points d'appui, l'un supérieur, l'autre inférieur; or, cela ne peut point avoir lieu dans la rupture des triceps; il me semble que le bandage dextriné, comme MM. Blandin et Velpeau l'ont déjà appliqué avec succès dans plusieurs cas de fracture de la rotule, est le bandage qui remplit le mieux les deux indications mentionnées plus haut.

Pour cela, après avoir appliqué une bande dextrinée depuis les orteils jusqu'au genou, le premier de ces professeurs relève fortement la rotule avec des compressees languettes, il fait élever le membre dans l'extension la plus complète, et cherche à affronter les deux fragments autant que possible; il termine son bandage au niveau des trochanters. Une longue attelle fixée sur toute la partie postérieure du membre malade maintient l'extension la plus complète pendant la dessicca-

tion ; il faut de plus avoir soin de tenir le membre fléchi sur le tronc, afin de mettre le triceps crural dans le relâchement.

Cet appareil peut avoir besoin d'être renouvelé, parce qu'il ne remplit plus les conditions qu'il était appelé à remplir ; lors de sa réapplication, il faudra suivre le même procédé et chercher à obtenir du malade qu'il tienne, soit au moyen d'un lit fait exprès, soit avec un plan incliné, un certain degré de flexion de la cuisse sur le tronc, en même temps que la jambe est étendue ; c'est en suivant ce mode de traitement que M. Blandin a guéri une personne âgée de 68 ans et affectée d'une rupture grave du tendon du triceps fémoral.

Article du dictionnaire des sciences médicales par une société de médecins et chirurgiens, Paris-Panckoucke, éditeur, 1820, Dict. en 60 vol.

J.-L. Petit a vu plusieurs exemples de cette rupture produite au moment où des individus s'élançaient pour franchir un fossé. M. Janson, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, explique ainsi le mécanisme de ces solutions de continuité : au moment du saut, toutes les articulations ayant été préalablement fléchies, les muscles extenseurs entrent en action ; le pied, la jambe, la cuisse, le bassin, la colonne vertébrale, sont portés brusquement dans l'extension : tout le corps alors, par une impulsion subite, est élevé à une certaine distance : or, le tendon du droit antérieur distendu par la flexion de la jambe sur la cuisse, peut au moment où les muscles se contractent, si la rotule ne se fracture pas, se rompre dans le point qui offrira le moins de résistance. Galien a observé la rupture du ligament inférieur de la rotule qui peut être regardé comme la prolongation du tendon du droit antérieur. Le blessé était un jeune homme qui se rompit ce ligament dans une lutte ; la rotule remonta sur les cuisses, et, après sa gué-

risson, le blessé ne pouvait ni fléchir le genou ni marcher sur un plan incliné sans danger de tomber : il n'y avait pas eu de réunion. J.-L. Petit a vu le même accident survenir chez un enfant qui tomba sur le genou : il reconnut la solution de continuité au vide sensible qui existait entre la rotule et le tibia ainsi qu'à l'élévation de l'extrémité inférieure de l'os qui se portait en avant. Sabatier rapporte un fait analogue ; il raconte l'histoire d'un individu qui trébucha en traversant un passage qu'il croyait être de plein-pied, pendant qu'il y avait deux marches à descendre, le talon gauche vint frapper le pavé qui était au-delà de ces marches, le malade sentit aussitôt un craquement au genou et il tomba sur la jambe, dont le talon se portât au-dessous de la fesse.

Les signes de ces ruptures qu'elles aient eu lieu au-dessus ou au-dessous de la rotule, sont connues par ce qui précède. Le traitement repose sur deux indications : rapprocher et maintenir le plus possible en contact les deux portions du tendon rompu, étendre la jambe sur la cuisse et contenir le bout supérieur : voilà comment on remplira ces indications. J.-L. Petit qui a vu plusieurs fois la rupture du tendon du droit antérieur n'a point obtenu de guérison radicale : les mouvements de l'articulation, l'extension de la jambe n'ont pas recouvré leur liberté. Au contraire, il a guéri radicalement la rupture survenue au-dessus de la rotule, sans doute parce que cet os lui permettait de contenir le fragment inférieur. Ce qu'il y aurait de mieux à faire, ce serait d'appliquer l'appareil des fractures de la rotule.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Tirée de Ruysch (*adversariorum anatomico-medico-chirurgicorum, decas secunda*, pag. 5, année 1720).

« Si le lecteur croyait difficilement le fait que je rapporte, je l'avertirais que moi-même je ne l'ai vu qu'avec admiration, et que je le regarderais à peine comme croyable, si je n'eusse pu le constater. Je fus appelé un jour pour voir deux hommes qui ont l'habitude de serrer leurs guêtres au-dessus du genou, et à tel point que le mouvement de ces parties est gêné. Il leur arriva de tomber sur les genoux les jambes fléchies sur la cuisse, sans fracture de la rotule et de son tendon ; mais en revanche le tendon des muscles qui étendent la jambe sur la cuisse, par suite d'une flexion brusque se rompit. Ce fait paraîtra bien difficile à croire à ceux qui connaissent la force et le volume de cette partie. Ayant examiné la chose avec soin, je m'aperçus que l'espace compris entre le fragment inférieur et le supérieur pouvait admettre le doigt d'un adulte.

» Ces hommes ne purent ni se lever ni marcher, ni même se poser sur les pieds. Reportés chez eux, ils gardèrent le lit pendant plusieurs mois ; néanmoins, ils sont restés estropiés, et ne pouvaient marcher qu'en s'appuyant sur un bâton. »

Ruysch, dans la même page, au paragraphe plus bas, cherchant à se rendre compte de ce fait, se demande s'il n'y aurait point eu chez ces hommes une diathèse particulière: *Quæ quidem mala haud accidissent tam facile, si abfuisset ægra hec diathæsis.*

Remarquons surtout qu'aucun des deux malades qui font l'objet de cette observation ne guérit, et cependant ils gardèrent le lit plusieurs mois.

OBSERVATION II

Tirée de Jean-Louis Petit (*maladie des os*, t. II, p. 308).

Ce que dit Jean-Louis Petit peut à peine être considéré comme une observation.

« Il s'agit d'un officier Hollandais qui, en voulant sauter un fossé, se rompit le tendon du triceps fémoral au-dessus de la rotule. Il guérit de son affection, à cela près qu'il ne put jamais étendre la jambe comme avant la maladie. »

A propos de cette observation, je ferais observer que Boyer s'est trompé en disant que Jean-Louis Petit avait observé trois personnes affectées de rupture du triceps fémoral. Il est bien fait mention dans Jean-Louis Petit de trois malades, mais un seul était affecté de la maladie qui nous occupe; des deux autres, l'un avait une rupture du tendon d'Achille, et l'autre une rupture du tendon rotulien à son attache au tibia.

OBSERVATION III.

Rupture tendineuse.

Recueillie et publiée par Schlichting, dans les *acta academice naturae curiosorum*, t. VII, obs. 25, année 1742.

« Il est connu de tout le monde que les tendons peuvent être rompus et déchirés. J'ai eu l'occasion d'observer des faits de ce genre chez l'homme et chez les animaux. Le fort tendon des muscles qui étendent la jambe sur la cuisse peut être rompu au-dessus de la rotule, en faisant une chute même légère sur le sol. Cet accident arriva il y 5 ans comme beaucoup de monde le savent, à un vieux médecin; il éprouva, au moment de l'accident, une vive douleur, et plus tard une inflammation, mais le malade guérit sans accident; le malade conserva la faculté de tendre la jambe sur la cuisse, et il n'existait aucun écartement au-dessus du genou. »

Bien que courte et privée de détails, cette observation devait être rapportée, attendu que le malade a été guéri; il paraît que cette guérison paraissait une chose rare à l'auteur de cette observation, car il a eu soin d'insister sur ce fait, que le malade pouvait étendre la jambe sur la cuisse, et qu'il n'exista aucun écartement au-dessus du genou.

OBSERVATION IV

De Molinelli, tirée de *Bononiensi scientiarum et artium instituto atque Academiæ commentarii, tomus quintus, pars altera*, pag. 91, année 1767.

« Le tendon qui s'attache à la rotule peut se rompre, comme le tendon d'Achille et les autres tendons plus forts de l'Économie. Je me souviens d'un homme fort et gros qui, descen-

dant un escalier, se laissa tomber sur le genou ; il se forma aussitôt sous la peau, à deux travers de doigts au-dessus de la rotule, une dépression sous-cutanée de l'étendue d'un doigt, ce qui forçait la jambe à rester fléchie et empêchait le malade de la tenir étendue sur la cuisse ; pour calmer la douleur et dissiper la tumeur, on appliqua des topiques émollients ; on appliqua de plus un appareil qui tenait le membre étendu et rapprochait le plus possible les deux parties du tendon divisé. Cependant la convalescence se fit attendre plus de deux mois ; le malade ne pouvait marcher qu'à l'aide d'un bâton, encore ne pouvait-il aller sur les lieux déclives qu'il ne tombât aussitôt.

Pour remédier à cet inconvénient, Molinelli fit construire un appareil dont le but était de suppléer le triceps fémoral. Il a donné la figure de ce bandage dans le même volume où se trouve cette observation, pl. I. »

OBSERVATION V.

Rupture du tendon aponévrotique commun, des muscles droit antérieur, vaste externe, vaste interne et crural.

De Saucerotte (mélange de chirurgie, p. 406, année 1801).

« Le père d'un gendarme de la Compagnie de la reine, fort gros, âgé d'environ 60 ans, sortant d'un bal que la Gendarmerie donnait à Lunéville, glissa sur les marches d'un escalier, tomba les deux jambes pliées sous lui, et se rompit en partie le tendon aponévrotique commun des muscles extenseurs de la jambe qui s'insère à la partie supérieure de la rotule gauche, et complètement celui qui se termine à la rotule droite, de manière que cet os était couché sous les téguments sur la partie supérieure du péroné. Il fut aussitôt

transporté à son auberge, où je lui fis préparer un lit de manière que les cuisses étaient fléchies à peu près à angle droit avec le corps, les jambes parfaitement tendues et par conséquent les pieds très élevés. Je remis les rotules en place surtout la droite, et les maintins réduites par des compresses inférieures et latérales, imbibées d'une liqueur défensive, et maintenues par un bandage méthodique; il est survenu du gonflement, surtout au côté droit, que j'ai combattu par des cataplasmes résolutifs rendus fortifiants par la suite. Ce blessé a eu la patience et le courage de se tenir, pendant 40 jours, dans une position gênante, pendant lequel temps les parties rompues se sont heureusement ressoudées, de sorte qu'il a commencé à marcher avec des béquilles quelques mois; bientôt il ne s'appuyait plus que sur une, et enfin il finit par marcher sans aide, de manière qu'au bout de 18 mois il put chasser en plaine et dans les forêts.»

Cette observation est une des plus curieuses; l'affection est double dans ce cas, et, de plus, la rotule droite s'est déplacée à ce point qu'elle reposait sur la partie supérieure du péroné.

OBSERVATION VI

Tirée de Boyer (*chirurgie*, t. II. p. 103)

« Cette observation, la seule que Boyer eut l'occasion de recueillir, a pour sujet un jeune homme de 22 ans, qui perdit l'équilibre en patinant sur la glace, et fut en danger de tomber à la renverse; dans l'effort qu'il fit pour ramener son corps en avant, il se rompit le tendon des muscles extenseurs de la jambe droite. Il tomba pourtant et se fractura le fémur

du même côté dans sa partie moyenne. On le porta à l'hôpital de la Charité. On sentait au-dessus de la rotule un vide d'un travers de doigt qui augmentait lors qu'on fléchissait la jambe et qui diminuait quand on l'étendait. Dans le traitement de cette double maladie, j'eus l'attention, dit Boyer, de placer des coussins de balle d'avoine assez épais pour mettre le membre dans la plus grande extension possible.

» Le malade resta au lit pendant trois mois, quoique la fracture fut consolidée au bout de cinquante jours; ensuite il commença à se lever, à marcher avec des béquilles qu'il remplaça au bout d'un mois par une canne; enfin, un an après l'accident, il marchait sans aucun appui, avec la même facilité qu'avant l'accident. »

Cette observation est non seulement intéressante à cause de la cure radicale dont la maladie a été suivie qu'en raison de la complication qui est survenue au moment de l'accident; je veux parler de la fracture du fémur du même côté; c'est la seule complication de cette espèce que nous ayons rencontrée.

OBSERVATION VII

Extraite de la *Gazette de Santé*, 11 novembre 1816.

« Un homme de 45 ans, dans une partie de plaisir, courant avec un de ses amis, se voyant près d'être dépassé, redoubla d'efforts; il se sentit alors près de tomber et se porta violemment en arrière; mais aussitôt il éprouva une vive douleur dans le genou gauche, tomba sur place; il ne put plus se relever. Il resta plusieurs mois au lit. Enfin, essayant de marcher, il trouva vers le tiers inférieur de la cuisse gauche, une tumeur transversale molle, sans douleur. Cette tumeur

disparaissait quand sa jambe était étendue et dans le repos pour reparaître dès que le membre était en contraction. Ayant voulu monter à cheval et s'appuyant sur la jambe droite, il sentit de ce côté une vive douleur qui l'obligea à garder le lit pendant encore deux mois; il s'y forma une tumeur semblable à celle du côté opposé: c'est dans cet état que cet homme vint consulter Dupuytren; en voyant la tumeur se former chaque fois que le muscle droit antérieur de la cuisse se contractait, et disparaître dès que les fibres étaient dans le relâchement, trouvant d'ailleurs au-dessus de la rotule une dépression correspondant au lieu où le ligament supérieur de cet os a coutume de faire saillie, cet habile chirurgien reconnut et annonça la rupture des deux tendons du droit antérieur de la cuisse. »

Dans cette observation comme dans celle de Saucerotte, il y a eu double rupture, mais elles furent successives et non instantanées; il est probable que la terminaison a été peu heureuse parce qu'elle n'est point indiquée.

OBSERVATION VIII

Extraite des mémoires de la Société de Médecine de Paris, 1817. p. 172 (Sedillot)

« En 1787, une princesse d'un sang très illustre, me fit appeler avec Morlane, son chirurgien ordinaire, à l'occasion d'un accident grave. Le genou droit était rouge, gonflé, enflammé et douloureux; la partie inférieure de la cuisse participait à cet état. On me fit l'exposé des circonstances qui avaient précédé. Cette princesse s'était rompue la rotule plusieurs années auparavant et avait été traitée par Dufouart aîné, Baudot, Morlane. La réunion des pièces fracturées s'était faite et la guérison paraissait complète, lorsqu'on crut

devoir prendre la précaution de défendre le cal de l'action musculaire au moyen d'un bandage de cuir bouclé. La partie supérieure de ce bandage portait au-dessus de la rotule sur le tendon du muscle droit antérieur et triceps fémoral. La partie inférieure fixée au-dessous de la rotule portait sur le ligament qui unit cet os à la tête du tibia; avec cette précaution, on permit au malade de marcher; elle en avait depuis plusieurs jours la permission, lorsque se promenant dans son jardin, elle engagea le talon de son soulier dans un trou de taupe; elle fit un effort pour se retenir, sentit une douleur vive au-dessus du genou et tomba. Cet accident fut bientôt suivi d'inflammation et d'une large ecchymose dont le centre se trouvait à environ deux pouces à deux pouces et demi de la rotule.

» L'intensité des accidents, la forte constitution de la malade firent recourir aux saignées, aux cataplasmes, aux fomentations émollientes accompagnées du repos de la partie malade et d'un bandage approprié. Le traitement fut couronné d'une sorte de succès; mais il resta de la faiblesse dans la partie blessée et une légère claudication que l'usage des eaux de Bourbonne-les-Bains ne fit pas céder. De temps à autre, surtout lorsque la malade se fatiguait, il survenait au genou un gonflement douloureux qui s'étendait autour de la partie inférieure de la cuisse, nécessitait l'emploi du moyen précédent mis en usage. Cette fois encore nous combattîmes l'inflammation comme à l'ordinaire. Lorsque le gonflement eut cessé, nous vîmes avec étonnement qu'il existait à deux pouces et demi environ au-dessus de la rotule un enfoncement transversal propre à loger le doigt; cet enfoncement était évidemment formé par la rupture de fibres aponévrotiques ou musculaires du triceps fémoral.

» Cette princesse étant l'année suivante à son abbaye de R..., fit une chute en descendant de voiture; aussitôt elle

éprouva une douleur bien grande dans la partie malade; les secours les plus prompts lui furent administrés, elle prit de nouveau les bains et les douches de Bourbonne. A son retour à Paris, nous trouvâmes, Morlane et moi, l'écartement tellement augmenté qu'on pouvait coucher deux doigts dans l'enfoncement; la claudication existe toujours. »

Bien que la terminaison ne soit point indiquée ici, il est facile de voir, en lisant cette observation, que la terminaison ne fut point heureuse. Sédillot n'eut point manqué de l'indiquer.

OBSERVATION IX.

Extraite du même ouvrage, p. 173.

« M^{me} D...., âgée de 20 à 25 ans, d'une constitution très forte, luttait de vitesse avec d'autres personnes; tout à coup elle éprouva à la partie inférieure de la cuisse droite une douleur aiguë qui la força de tomber; un instant de repos suffisait pour faire disparaître la douleur, mais elle se révélait avec toute son intensité au moindre mouvement. Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine et à l'aide de deux personnes qu'elle put se relever et gagner le logis, très près de là.

» Le lendemain elle fut transportée à Paris; une légère ecchymose existait à la partie antérieure et inférieure de la cuisse; le doigt promené sur le muscle droit antérieur découvrait un enfoncement à la distance d'environ deux pouces et demi de la rotule; cet enfoncement occupait la largeur de l'extrémité inférieure du muscle, et paraissait avoir assez de profondeur pour admettre le tuyau d'une plume à écrire. Le moindre mouvement déterminait des douleurs excessives.

» M. Sevestre, docteur en chirurgie, qui m'accompagnait,

reconnut les mêmes symptômes et suivit les mêmes traitements que moi; des compresses imbibées d'eau végétominérale furent appliquées sur les blessures et une compression exacte fut exercée sur tout le membre au moyen de deux bandes, l'une dirigée de bas en haut jusqu'à l'endroit de la rupture, l'autre suivant une direction opposée; la malade se trouva soulagée à l'instant, et même se serait levée si la crainte de déranger l'appareil ne l'eût retenue; au bout de 21 jours elle reprit ses occupations, n'éprouvant d'autre incommodité qu'une raideur qui a cédé promptement. »

OBSERVATION X.

Rupture complète du tendon qui s'insère au-dessus de la rotule,

par le Dr Louis Martini, extraite du *Medicinisch correspondenz Blatt*, année 1839.

« Un homme âgé de 73 ans, très gros, fit, le 3 mai 1834, une chute en avant sur un escalier, se rompit le tendon du triceps fémoral, tout près de la rotule. Cette rupture était reconnaissable à un enfoncement très prononcé dans l'endroit indiqué dans lequel on pouvait coucher quatre doigts. Le malade était dans l'impossibilité de ramener dans l'extension la jambe fléchie sur la cuisse.

» La nature du mal, l'âge du sujet, son extrême embonpoint, les grandes chaleurs qui régnaient dans la saison où l'accident est arrivé, rendait le pronostic très défavorable. Il s'y joignit, en outre, une fièvre nerveuse accompagnée de délire, de douleur dans la région hypogastrique droite.

Quelque grande que fût l'analogie de cette rupture, avec une fracture transversale de la rotule, les indications étaient bien différentes, aucun des moyens employés pour cette dernière maladie ne pouvait être mis en usage dans le cas présent.

» Dans tous les appareils qui ont été imaginés par Bellzunker, Bulking, Boyer, Evers, Cooper, pour maintenir les deux fragments de la rotule en rapport, il existe un lien quelconque qui est destiné à prendre son point d'appui sur le fragment supérieur, et le chirurgien trouve encore une ressource précieuse dans la saillie de celui-ci pour le ramener en bas et maintenir les muscles antérieurs de la cuisse sans extension. »

Dans la rupture du tendon au-dessus de la rotule, au contraire, on n'a plus aucune prise sur l'extrémité supérieure du tendon rompu, qui tend à se cacher dans les masses charnues, les couches graisseuses, dont le sujet qui fait l'objet de cette observation est si amplement pourvu ; c'est aussi pour cette raison que le baudage unissant, pour les plaies en travers des membres, recommandé en ce cas par le docteur Ott, ne pouvait pas convenir non plus.

Le seul parti à prendre était de placer le membre dans une position convenable, de mettre les muscles extérieurs dans le plus grand relâchement possible, de rapprocher les parties divisées sans les tirailler par des liens multipliés ; à cet effet. M. Martini fit placer le malade sur un double plan incliné ; le tronc, fortement soulevé, a été assis plutôt que couché, tout le membre pelvien étendu sur une planche qu'on soulevait à volonté sur le tronc, avec laquelle on fléchissait aisément la cuisse sur le bassin. L'appareil est fort simple, il a été vu par l'auteur chez Gosmer, chirurgien de première classe à Vienne. Le malade guérit parfaitement ; mais étant venu à mourir un an après d'un coup d'apoplexie, M. Martini a pu constater, par l'autopsie, que les bouts du tendon rompu s'étaient remis à l'aide d'un tissu fibreux intermédiaire très résistant, à peine d'un travers de doigt de large ; les tissus de la cicatrice se prolongaient aussi dans la capsule articu-

laire, et démontraient que la déchirure s'était étendue aussi dans cette dernière.

OBSERVATION XI.

Rupture du tendon du triceps fémoral survenue chez une femme d'une cinquantaine d'années.

Recueillie et communiquée par M. Malgaigne.

« Une femme d'une cinquantaine d'années, marchant sur les boulevards dans les premiers jours de décembre 1834, fit un faux pas qui eut pour résultat de la faire glisser et tomber sur le côté gauche du corps. Une dame qui l'accompagnait fut entraînée dans sa chute. Elle n'entendit aucun craquement, et ne s'aperçut même pas d'une douleur locale bien vive; mais lorsqu'on voulut la relever, la douleur se fit sentir très fortement dans le genou gauche, et elle ne put étendre la jambe. On la ramena en voiture, elle fut couchée, mais aucun appareil ne fut appliqué, et la douleur et le gonflement qui survinrent furent seulement combattus par des sangsues, puis des frictions stimulantes. Je fus appelé près de cette dame le 2 février suivant.

» A l'examen, la jambe était fléchie à angle droit sur la cuisse, et dans cette position nulle douleur ne se faisait sentir; mais l'extension était impossible par l'action musculaire, et quand j'étendais la jambe, ce qui avait lieu très facilement, il en résultait une douleur dans le genou assez vague, plus sensible néanmoins au-dessus de la rotule. Cet os était à sa place ordinaire, sans plus de mobilité qu'à l'état normal. La saillie du ligament rotulien ne s'apercevait ni au toucher ni à l'œil, et toutes les parties molles, profondes qui sont entre la rotule et le tibia étaient manifestement tuméfiées. Lorsque j'étendis la jambe, la rotule remontait sur les condyles fémo-

raux; elle descendait par la flexion. Si je commandais à la malade d'étendre la jambe, elle ne pouvait pas, et la rotule n'en restait pas moins mobile à sa place et ne remontait pas plus haut. Enfin, en appuyant les doigts sur le tendon des extenseurs, à partir du bord supérieur de la rotule et à trois-quart de pouce au-dessus environ, je sentis une lacune limitée en haut par un rebord assez dur et saillant, sans rebord semblable en bas. Je diagnostiquai une rupture du tendon extenseur de la rotule et je commandais un traitement dans ce sens, sans en espérer beaucoup de succès, attendu la date de l'accident. Je n'ai point revu la malade depuis.»

OBSERVATION XII

Recueillie par M. Demeaux dans le service de M. Velpeau.

«En 1858, un homme de 72 ans, terrassier, entre à la Charité; il était tombé d'un échafaudage dans un fossé de 15 pieds de profondeur. Il avait fait pour s'en retirer de violents efforts. Au moment de sa chute, il sentit un craquement dans la cuisse gauche; il éprouva une vive douleur; il assure qu'aucun corps contondant n'a porté pendant sa chute sur la cuisse affectée; il ne peut la soulever; il se fait transporter à l'hôpital où il est examiné une heure après l'accident. Voici l'état du malade :

» Pas de traces de contusions sur aucune partie du corps, si ce n'est aux mains et à l'avant-bras gauche, où il y avait quelques petites déchirures. L'articulation du genou gauche examiné avec soin ne présente aucune altération; la rotule présente une mobilité anormale, mais on constate facilement qu'elle est intacte. A trois travers de doigts au-dessus, on voit une dépression transversale. La moindre pression exer-

cée sur ce point détermine une vive douleur. On reconnaît facilement, du côté de la rotule surtout, un fragment de tendon dont la rupture est bien nette; la partie supérieure du même tendon présente, au contraire, une interruption moins nette. Le malade ne peut soulever sa jambe; mais si on la soulève, il n'éprouve aucune douleur. On applique un bandage imbibé d'un liquide résolutif. Le lendemain la région est violacée; il y a un peu de tuméfaction, mais pas de douleur. On applique un appareil dextriné depuis la région des orteils jusqu'au-dessous des trochanters. Le membre était dans l'extension. Le malade a gardé le lit 20 jours, après quoi il a pu se lever et marcher avec des béquilles. Le 35^{me} jour, l'appareil a été enlevé; alors on trouve toute la cuisse violacée; il n'y a point de dépression au niveau de la rupture; pas de douleurs. Le malade a pu marcher avec des béquilles, se tenir sur la jambe entourée d'un bandage simple. Au bout de 45 jours, le malade est sorti de l'hôpital, marchant avec des béquilles.

OBSERVATION XIII

Rupture du tendon du triceps

Recueillie dans la clientèle de M. Blandin.

« M. X. . ., âgé de 68 ans, fort, robuste, bien conservé, né en Allemagne, mais habitant Paris depuis longtemps, d'une conduite toujours régulière; il n'a jamais eu de maladies graves : le 24 janvier dernier, il sortait de chez lui, par un temps de verglas, il tenait un parapluie à la main pour se garantir de la neige; à peine eût-il fait quelques pas, que son pied venant à lui manquer, il fit un violent effort et se laissa tomber sur le côté. Il ressentit en tombant une vive douleur

au-dessus du genou droit; il lui fut impossible de se relever. Emporté chez lui sur une chaise, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus étendre la jambe droite.

M. Blandin ayant été appelé quelque temps après l'accident, il constata les phénomènes suivants : il existe un enfoncement considérable au-dessus du genou; cet enfoncement est dû à la rupture du tendon du triceps, à un centimètre et demi ou deux centimètres au-dessus de la rotule; cet os est un peu abaissé, plus mobile dans le sens transversal que dans le côté sain, le bout supérieur du tendon s'est rétracté, ce qui explique l'étendue en hauteur de l'excavation qui existe au-dessus de la rotule; la pression sur ce point est douloureuse; mais à l'état de repos, il ne se plaint que d'un peu de malaise, de l'impossibilité dans laquelle il se trouve d'étendre la jambe sur la cuisse, ainsi que de la soulever. Pendant les premiers jours qui suivirent l'accident, l'extrémité inférieure de la cuisse se tuméfia; des compresses résolutives furent appliquées sur le membre et maintenues à l'aide d'un bandage roulé; au bout de 8 jours, la tuméfaction du membre disparut; dès lors M. Blandin appliqua l'appareil dextriné, qui lui avait tout récemment réussi dans les fractures de la rotule; cet appareil fut posé de la manière suivante : après avoir appliqué une bande dextrinée sur le pied et la jambe, il releva fortement la rotule à l'aide de compresses languettes, tandis qu'un aide pressant sur la cuisse, cherchait à ramener le plus possible l'extrémité supérieure du tendon rompu au point de contact; cela fait, il appliqua des tours de bandes au-dessus et au-dessous de la rotule, et remonta jusqu'au haut de la cuisse; le membre fut tenu dans l'extension la plus complète, avec une longue attelle placée sous la jambe et sous la cuisse, et, de plus, tout le membre fut placé sur un plan incliné; l'appareil fut desséché à l'aide de serviettes chaudes.

Au bout de 25 ou 26 jours, cet appareil fut enlevé.

A cette époque, l'excavation sous-rotulienne fut comblée, mais la partie antérieure et inférieure de la cuisse fut enveloppée comme d'une gangue organique et sous-cutanée. La reproduction du nouveau tendon ne parut pas assez solide à M. Blandin; un nouvel appareil dextriné fut réappliqué encore pour quelque temps.

Au bout de 50 jours après l'accident, le malade marchait, avait recouvré presque toute la mobilité dont son membre était doué avant l'accident, à part toutefois un peu de rigidité du genou.

Lors de la levée du deuxième appareil, toutes les parties de la cuisse dont nous avons parlé plus haut étaient encore peu distinctes; on ne sentait pas bien le tendon du triceps ni les deux enfoncements latéraux qui l'entourent.

Ce ne fut que 15 ou 20 jours après la mise en liberté du membre, un exercice modéré et l'usage des douches de vapeur sur cette partie, que le membre revint à son état normal, tellement qu'il est impossible de distinguer lequel des deux membres a été malade; à l'heure qu'il est le malade va très bien.

Les treize observations précédentes sont extraites du mémoire si important de Demarquay, publié dans la *Gazette Médicale de Paris*, en 1842.

Les observations suivantes ont été trouvées par nous dans divers recueils, dont l'indication bibliographique précise sera fournie à propos de chacun de ces faits.

OBSERVATION XIV

Rupture du tendon du droit antérieur de la cuisse, par CH. BELL,

Extrait de *The Lancet*, 8 juillet 1826, analysée dans la *Revue médicale française et étrangère* de 1827.

Un homme âgé de cinquante-deux ans, d'une constitution athlétique, fut apporté à l'hôpital de Middlesex, à la suite d'une chute. En examinant le membre malade, le siège du mal fut reconnu exister près de l'articulation fémoro-tibiale ; la rotule était saine, et malgré l'engorgement considérable qui occupait une partie de la cuisse, le doigt du chirurgien sentit une dépression très marquée à un pouce et demi au-dessus du bord supérieur de la rotule. La jambe fut mise dans l'extension et cette seule position jointe à l'application réitérée de sangsues, à des cataplasmes et à des lotions froides, suffit à la guérison complète. Cet homme prétendit que la rotule droite avait été fracturée chez lui deux fois : un examen attentif fit voir que la réunion était solide et due à un fort ligament.

OBSERVATION XV.

Cette observation a été envoyée par M. Lacroix d'Orbec au *Bulletin général de thérapeutique*

« L...., âgé de 71 ans, de petite taille, gros, glisse sur le gazon ; en se voyant glisser, il fait un effort considérable pour se retenir. Néanmoins, il tombe sur le siège. Il entend un bruit sec, une sorte de craquement, et éprouve en même temps une douleur très vive dans la partie antéro-inférieure

de la cuisse droite. On appelle immédiatement un médecin. Le premier examen permet de voir avec évidence que la rotule est intacte absolument et ne fait éprouver à la palpation aucune espèce de douleur; qu'il existe à quatre centimètres au-dessus de cet os une dépression, dont le grand axe est transversal. L'impotence fonctionnelle est absolue, en ce sens que le malade ayant le membre étendu sur son lit, ne peut le soulever d'aucune façon.

Les moindres mouvements déterminent une vive douleur, mais il n'existe point de gonflement.

On place immédiatement le membre dans une extension rigoureuse; on le tient élevé de manière à relâcher le triceps de la cuisse de la façon la plus rigoureuse. On emploie un bandage unissant.

Vers le 50^{me} jour, on enlève le bandage unissant et on le remplace par un petit appareil formé de bandes enlacées en 8 de chiffre, de façon à relever la rotule jusqu'à la rencontre du fragment supérieur, et aussi à abaisser ce fragment, quoiqu'il n'offre pas de prise facile.

Le 80^{me} jour, le malade se lève et marche avec des béquilles. Quelques mois après la consolidation était parfaite, et le malade avait pu reprendre ses occupations habituelles.

NOTA. Malgaigne fait observer à propos de cette observation que le médecin a peut-être été trop prudent en maintenant son appareil pendant 80 jours.

OBSERVATION XVI.

Extraite du *Journal de chirurgie de Malgaigne*, t. III, p. 28, janvier 1845, envoyée à Malgaigne par Lamare Picquot.

Pasquier, âgé de 72 ans, de robuste constitution, montait un sol incliné: le pied droit glisse, et la jambe droite se

trouve supporter tout le poids du corps. Chute et sensation au genou gauche d'un fort coup. Le blessé se trouve dans l'impossibilité absolue de se relever. A l'examen, on trouve la rotule gauche tout-à-fait intacte, mais au-dessus de la rotule existait une solution de continuité où l'on aurait pu loger deux travers de doigt. Pas ou fort peu de douleurs. Le chirurgien fait placer le membre dans l'extension, afin que les muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse soient dans le relâchement le plus complet possible. On applique un bandage roulé, de façon à relever la rotule vers le tendon coupé, et de façon à serrer et à brider le muscle droit antérieur, pour qu'il ne se rétracte point sous les chairs. Dès que la bande se relâche, on a soin de la serrer. Au bout de 50 jours, la bande est enlevée; on fait subir au membre des mouvements provoqués. Le soixantième jour, le malade se lève, marche d'abord avec des béquilles, puis finit par les abandonner. Il reprend ses occupations. Mais pendant longtemps le membre reste faible.

OBSERVATION XVII.

Seconde observation envoyée à Malgaigne par le Dr Lamare Piquot et publiée dans le *Journal de Malgaigne*, t. III, p. 28, janvier 1845.

Ironside, anglais, âgé de 72 ans, descend un escalier, il se sent tomber, fait un effort violent pour se retenir, mais tombe néanmoins et ne peut se relever. Le blessé n'a entendu aucune espèce de craquement, mais il a éprouvé une vive douleur. On l'examine dans son lit, on trouve comme précédemment la rotule intacte et une dépression de deux travers de doigt, siégeant juste au-dessus du bord supérieur de cet os. Cette dépression augmente quand on cherche, malgré

les souffrances du patient, à fléchir la jambe sur la cuisse : c'est donc bien une rupture du tendon du triceps.

Ces signes si nets n'ont été constatés que quelques jours après l'accident. Ils ont échappé au premier abord à cause du gonflement, c'est ce qui explique que l'on ait d'abord appliqué un appareil en bande ne contenant que la rotule. Mais le gonflement diminuant, on constate, malgré l'appareil, les signes que nous venons d'indiquer : dépression au-dessus de la rotule, augmentation de la largeur de cette dépression par la flexion du membre. On applique un autre appareil tout-à fait comparable à celui dont il est parlé dans l'observation précédente. Après 60 jours, le malade se lève, il marche un peu. Le membre est encore très faible. Mais peu à peu tout revient à l'état normal et la guérison est complète.

OBSERVATION XVIII.

Section accidentelle du tendon du triceps crural.

Gamgee, *The Lancet*, vol. II, p. 869.

OBSERVATION XIX.

Rupture du tendon du triceps.

Bryant, *Medical Times and Gazette*, vol. I, p. 274.

OBSERVATION XX.

Rupture du tendon du triceps fémoral. Hydarthrose aiguë. Guérison par élévation du membre et immobilisation.

Revington, *Medical Times and Gazette*, vol. I, p. 613.

Il nous a été impossible de traduire ces trois observations à cause de notre ignorance absolue de la langue anglaise.

OBSERVATION XXI.

Rupture simultanée des deux tendons sus-rotuliens, par RENOUARD,

in Gazette médicale de Paris, 1857.

« M. Rafflard, âgé de 59 ans, d'une bonne santé, accidentellement sujet autrefois à quelques atteintes de goutte et de rhumatisme, heurta du pied contre une poutre et manqua tomber la tête en avant. Dans l'effort qu'il fit pour se retenir, il éprouva une vive douleur aux deux genoux; un instant après il sentit ses jambes plier sous lui, se laissa choir et ne put se relever. On le trouva les jambes dans la flexion forcée; on le replaça non sans peine dans l'extension, ce qui le soulagea beaucoup. Il fut porté dans son lit.

L'accident était arrivé le 12 août 1856. Deux jours après, le blessé ne sentant aucune douleur, se crut guéri et voulut se lever; mais ayant essayé de faire quelques pas, il tomba de nouveau et ne put se relever seul. Un médecin étant venu au bout de six jours, maintint l'extension complète des membres inférieurs au moyen de bandes et d'attelles; de temps en temps, il levait l'appareil pour faire exécuter quelques légers mouvements.

Après deux mois de repos au lit, il y avait peu de progrès vers la guérison. Le malade se fit transporter en voiture à Paris, dont sa résidence était éloignée de 127 lieues. M. Renouard constata alors que le tendon commun des muscles droit antérieur et triceps fémoral avait été rompu aux deux cuisses, juste au niveau de son insertion à la rotule. Le bout supérieur était distant de la rotule d'environ trois centim. Si le malade étant sur son séant et le membre dans l'extension complète, on repoussait d'une main la rotule en haut,

tandis que de l'autre on refoulait en bas le tendon rompu, l'écartement diminuait de plus de moitié, mais aussitôt les mains retirées, les parties reprenaient leur position primitive. L'écartement paraissait avoir plus de profondeur du côté gauche que du côté droit. Le malade étant assis ou couché sur un plan horizontal, si on lui commandait de lever une jambe tendue, cela lui était de toute impossibilité pour la gauche. Il parvenait à élever la droite de quelques centimètres. Il fléchissait à volonté la jambe, mais ne pouvait l'étendre. Enfin, il était incapable de se tenir un moment debout tout seul. Aucun bandage ne put parvenir à mettre en contact le bout du tendon rompu et la rotule. On jugea au moins inutile d'essayer dans ce but la suture ; il fallut se borner à laisser les parties autant rapprochées que possible, en plaçant les membres pelviens dans une extension continue. Le droit y fut maintenu au moyen d'une bande roulée et de deux petites attelles. Le gauche qui était le plus malade, au moyen d'un appareil fabriqué exprès sur les indications de M. Jobert (l'auteur n'en donne point la description), il permettait de découvrir le membre pour y faire des frictions stimulantes.

» Cinq mois et demi en tout après l'accident, on enleva l'appareil ; le malade était en état de se promener dans la chambre avec deux béquilles, il restait même debout quelque temps sans aucun appui.

» Enfin, l'amélioration augmenta peu à peu, si bien qu'au bout de six autres mois, il reprit ses longues promenades à pied, en s'aidant toutefois d'une canne surtout pour monter les escaliers. »

Mode spécial de réunion.— Quand le malade étendait la jambe sur la cuisse, on voyait se dessiner sous la peau deux cordes qui, partant de chaque angle supérieur de la rotule,

montaient parallèlement l'un à l'autre et allaient se perdre dans les chairs aux deux côtés du tendon rompu. Ces cordons sous-cutanés d'abord minces, très grêles et distants l'un de l'autre de toute la largeur de la rotule, se sont fortifiés et élargis peu à peu en se rapprochant de la ligne médiane du membre. Aujourd'hui l'espace vide qui les sépare n'a pas un demi-centimètre de largeur.

M. Renouard pense que l'origine de ces cordes qui remplissent l'office du tendon est dans les fibres cellulaires aponévrotiques et ligamenteuses qui, après la rupture des tendons sus-rotuliens, unissaient d'une manière lache les muscles extenseurs de la cuisse avec la rotule. Il signale avec justesse la différence qui sépare cette espèce de réunion d'avec celle qu'on observe ordinairement. Mais pour trouver la raison de cette différence est-il nécessaire de supposer que la nature s'est plu à travailler ici suivant un procédé autre que celui dont elle use dans tous les autres cas ? Ne serait-ce pas plutôt parce que la nouvelle rupture survenue deux jours après la première n'a laissé subsister de la substance régénératrice qui était déjà épanchée que ses deux bords, lesquels conservant seuls leur continuité, ont servi de noyaux à ces cordes lentement et péniblement formées dont M. Renouard a plus tard constaté l'existence ?

OBSERVATION XXII.

Académie de médecine, année 1880, séance du 16 mai, p. 200.

Note sur une rupture partielle du tendon du triceps fémoral et sur un système d'appareil propre à combattre l'infirmité résultant de cette lésion à l'état chronique.

Le hasard de la pratique m'a fait rencontrer un cas qui doit être fort rare, car non seulement je n'ai eu l'occasion de l'observer durant ma carrière qu'une seule fois, mais aucun ouvrage que je sache n'en fait mention : je veux parler de la rupture partielle du tendon du triceps. Un assez grand nombre d'auteurs se sont occupés de la rupture totale de ce tendon, laquelle a de grandes analogies avec celle du tendon d'Achille. Le diagnostic de ces deux lésions est à peu près le même ; les circonstances qui les amènent, les symptômes qui les accompagnent et le traitement qu'elles réclament sont d'une notion presque vulgaire. Il est loin d'en être ainsi de la rupture partielle du tendon du triceps, ainsi que l'Académie va le voir.

Une dame de la société qui jouissait d'une bonne santé, qui n'avait jamais éprouvé de douleur aux genoux, fut prise tout à coup, il y a trois ans, en faisant un effort pour se relever, d'une douleur très vive au genou droit avec impossibilité de marcher et même de se tenir debout. Cette douleur fut bientôt suivie d'un engorgement des parties ; et, un repos prolongé ni toutes sortes de topiques ne procurèrent aucun soulagement.

Pendant les trois ans qui ont suivi l'accident, la malade toujours dans la même situation consulta beaucoup de chirurgiens, fit une foule de remèdes, se rendit à différentes

stations thermales, sans en retirer le moindre bénéfice. Je dois noter en particulier un dernier traitement qui consista à imprimer à l'articulation du genou des mouvements répétés de flexion et d'extension, sous l'empire de l'idée qu'il y avait un engorgement passif à résoudre, des adhérences à détruire et l'entière liberté des mouvements à rétablir. Mais le traitement parut produire un effet tout opposé à celui qu'on attendait. C'est dans cette situation que je fus appelé à donner des soins à la malade. Voici l'état où je l'ai trouvée : Tout le pourtour de l'articulation du genou était le siège d'un engorgement et d'un empâtement général; la peau épaissie se confondait avec le tissu sous-cutané. La rotule peu mobile d'abord au milieu des parties tuméfiées, n'était pourtant ni gonflée, ni très sensible à la pression. Toutefois l'extrémité inférieure du fémur participait un peu au gonflement des parties molles. Au repos, il n'y avait que des douleurs faibles et passagères, un peu de torpeur du membre, des élancements fugaces s'irradiant jusqu'à l'extrémité supérieure du membre; avec cela, impossibilité absolue de soulever le membre, de se tenir debout sans soutien. La malade ne pouvait faire quelques pas qu'à l'aide de deux cannes. Jusqu'alors aucun des chirurgiens consultés n'avait songé à la rupture du tendon du triceps, récemment encore un des praticiens les plus réputés de la capitale n'y avait vu qu'une arthrite ou synovite chronique sans lésions osseuses.

Ces méprises très explicables tenaient sans doute à ce que la rotule était restée à sa place, qu'il n'y avait aucune solution de continuité apparente du tendon.

Ajoutons d'ailleurs que les symptômes d'un état de souffrance chronique ne manquaient pas de détourner l'attention de la lésion principale.

Après avoir exploré attentivement les parties, je crus apercevoir à la partie terminale du vaste externe droit une légère dépression latérale, et, au niveau de son insertion à la rotule, une différence de saillie et de résistance d'avec ce que présentait avec évidence le côté opposé.

Mais cette inspection seule ne pouvait suffire pour permettre de conclure à l'existence d'une rupture partielle du tendon. J'en ai eu seulement l'idée, et cette idée, je crois l'avoir convertie en certitude de la manière suivante : ayant placé le membre dans l'extension passive, j'ai prié la malade de s'efforcer de le soulever sans fléchir la jambe. Elle ne le put. Mais pendant qu'elle faisait et refaisait ses efforts, je tenais mon doigt placé sur le trajet du tendon, et c'est alors que j'ai constaté deux choses, à savoir :

1° Que la moitié interne du tendon se contractait, se durcissait seule, tandis que l'autre moitié restait inerte, et l'espace qu'elle aurait dû occuper n'offrait aucun relief, aucune résistance à la pression.

2° Qu'au niveau de cet espace, il y avait une dépression, un creux longitudinal de trois à quatre centimètres limité en dedans par la portion restante du tendon contracté, et en dehors par quelques fibres aponévrotiques minces et tendues.

L'expérience répétée un grand nombre de fois a constamment produit le même résultat, et ne m'a pas laissé le moindre doute sur l'existence d'une rupture partielle du tendon du triceps.

Le membre moulé pour la confection d'un appareil que je vais soumettre à l'Académie offre, dans le siège de la lésion, une légère dépression insuffisante sans doute pour attester l'existence de la rupture tendineuse, mais qui à l'aide de l'expérience de la contraction partielle du tendon, devient un élément confirmatif du diagnostic porté.

Je m'abstiens de toute considération théorique sur la condition anatomique spéciale qui peut favoriser la rupture partielle du tendon du triceps fémoral.

Je me borne à rappeler que ce tendon étant le produit de trois chefs musculaires différents, on conçoit la possibilité d'une rupture partielle et isolée d'une de ses parties constituantes, comme cela arrive au tendon d'Achille où le plantaire grêle et le soléaire sont assez souvent rompus, à l'exclusion du tendon principal fourni par les jumeaux.

Voici maintenant quelques détails sur l'appareil que j'ai fait construire pour, après la disparition des symptômes morbides locaux, venir au secours d'une infirmité aujourd'hui tout à fait irrémédiable : habitué dès longtemps, ainsi que je l'ai rappelé, à combattre les insuffisances musculaires ou tendineuses à l'aide d'organes supplémentaires ou tendons artificiels en caoutchouc, j'ai eu l'idée de suppléer à l'insuffisance du triceps partiellement rompu par une double bande épaisse en caoutchouc placée au devant et sur les côtés de la rotule et doublant la partie antérieure d'un appareil contentif; cet appareil lui-même construit d'après un principe nouveau mérite peut-être quelques explications susceptibles assurément d'intéresser quelque peu l'Académie.

On sait que les appareils contentifs des membres destinés à leur imprimer une direction quelconque, sont généralement reliés au membre par des cercles en tôle garnie. Quelques précautions que l'on prenne pour amortir les effets de cette compression locale, on est souvent arrêté par la douleur qu'elle provoque au moment des efforts que l'embrasse est obligée de supporter. J'ai cherché à remédier à cet inconvénient en distribuant sur toute l'étendue du membre la résistance localisée par les embrasses, de façon à ce que toutes les parties du membre supportent les effets de la pression généralisée

Or, je crois atteindre ce but à l'aide d'un maillot en tissu de caoutchouc épais recouvrant le membre. Sur les côtés de ce maillot, deux bandes de ressort en acier passées dans deux gâines ou simplement cousues latéralement donnent au maillot la résistance voulue.

Au devant de cette enveloppe élastique mais résistante, je fais placer les deux bandes épaisses en caoutchouc de telle façon qu'elles offrent la résistance nécessaire pour empêcher la flexion involontaire du membre et suppléer également à l'insuffisance du tendon amoindri.

J'ajouterai que ces deux innovations, celle de la compression répartie sur tout le membre remplaçant les cercles et embrasses des appareils ordinaires, et les bandes en caoutchouc supplémentaires, sont susceptibles d'applications nombreuses que je ferai connaître dans mon traité de mécanique orthopédique ; je me borne à les indiquer aujourd'hui.

Académie de médecine, séance du 27 mars 1880.

M. Tillaux demande la parole, et, répondant à la communication faite par M. Guérin dans la séance précédente, il raconte qu'il a vu et examiné la malade dont il s'agit ; il croit, pour son compte, qu'il s'agit simplement d'une arthrite ou d'une synovite.

Plusieurs autres membres présentent des objections à M. Guérin. Ce dernier se lève pour les réfuter et maintient intégralement toutes ses affirmations antérieures.

OBSERVATION XXIII.

Originale

X..., âgé de 58 ans, entre au N° 8 dans le service de M. Cruveilhier à la maison municipale de santé. Cet homme d'une excellente santé habituelle, a fait dans sa vie beaucoup de marches à pied; aussi a-t-il les jambes très fortes et les muscles des jambes assez vigoureusement développés. Il ne se plaint que d'une constipation rebelle, qui dure depuis fort longtemps, et qui augmente au moindre repos au lit. C'est là ce qui le tourmente à son entrée à l'hôpital.

Voici comment il raconte lui-même l'accident dont il souffre :

En marchant sur une pente très inclinée, il se sent glisser tout à coup. Pendant qu'il glisse, que son corps est incliné en arrière et qu'il se voit sur le point de s'abattre, tout à coup une jambe est vivement projetée en avant, puis elle retombe brusquement et instantanément, une atroce douleur est aussitôt ressentie et notre malade se trouve par terre.

Il croit *s'être cassé quelque chose*, se tâte la cuisse, la jambe droite, ne trouve rien, et se relève. Il éprouve alors pour la deuxième fois une douleur très vive et retombe. Il est transporté chez lui et se met au lit. Il se tâte de tous côtés, ne trouve rien et n'éprouve au repos aucune espèce de douleur. Il se lève croyant n'avoir eu qu'un coup, une contusion : il se redresse avec les plus grandes précautions, et une fois debout s'aperçoit qu'il ne peut marcher qu'en arrière. Dès qu'il fait le moindre effort, si prudent qu'il soit

pour aller en avant, il sent qu'une vive douleur commence à se produire. Étonné de ne pouvoir marcher qu'en arrière, il entre à l'hôpital le 25 mars 1883.

On constate une douleur vive à la moindre pression, siégeant au-dessus de la rotule. A ce niveau, on trouve une légère ecchymose. Il existe un épanchement articulaire indolore ou fort peu douloureux, presque *une* hydarthrose. Le gonflement articulaire siège surtout en haut de l'articulation; il y a fort peu de liquide dans le reste de la jointure, quoiqu'il y en ait cependant. Un peu de douleur dans les parties supérieures, là où l'épanchement est abondant; fort peu au contraire dans les parties inférieures et latérales de l'article.

On laisse le membre dans l'extension complète et dans un repos rigoureux; on applique des compresses résolitives fréquemment renouvelées. Au bout de quatre jours, le 29 mars, le gonflement a assez diminué pour que l'on puisse faire l'examen des parties par le palper. La douleur continue à être très vive seulement au-dessus de la rotule. De plus, on sent une dépression fort nette à trois travers de doigt au-dessus de la rotule, juste dans le point où existe le maximum de la douleur.

On conclut à une rupture du tendon du triceps. On applique, séance tenante, un appareil plâtré, comprenant une attelle postérieure remontant jusqu'au-dessus de la région poplitée, et un étrier qui vient se terminer au-dessus de l'articulation du genou. Le plâtre prend bien et enferme parfaitement la cuisse en immobilisant la jointure.

Le 2 avril, on enlève l'appareil plâtré qui est devenu beaucoup trop large à cause du dégonflement du membre; on applique deux bandes en toile, l'une à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de la rotule pour tâcher de pincer et d'entraîner le fragment supérieur du tendon, l'autre bande immédiatement au-dessous de la rotule pour pousser cet os

en haut. Ces bandes larges et solides sont collées à la peau au moyen du collodion et sont garnies d'agrafes se regardant par leur convexité. Autour de chaque bande de toile nous appliquons : à la supérieure trois ou quatre bandes de diachylon que nous enroulons autour de la cuisse, un grand nombre de fois, de façon à remonter assez haut sur ce membre, afin de brider la portion charnue du triceps. A la bande de toile inférieure, nous appliquons une seule bandelette de diachylon, ce qui la maintient d'une façon parfaite. On applique ensuite des liens élastiques qui sont accrochés aux agrafes se regardant par leur convexité. Les agrafes sont solidement cousues sur les bandes en toile forte. La traction très énergique des liens élastiques est continuée pendant une quinzaine de jours. Elle rapproche pas mal les parties supérieure et inférieure. Seulement cet appareil plisse la peau, la tend et produit un tiraillement douloureux. L'appareil élastique est maintenu 18 jours ; après ce temps, on est forcé de l'enlever à cause des plaintes incessantes du malade.

Lè 20 avril, on applique un appareil silicaté, au moyen duquel on cherche à consolider et à maintenir les résultats acquis. Une botte silicatée est faite prenant d'une façon étroite le cou-de-pied et remontant jusqu'au milieu de la cuisse, serrant la cuisse en ce point de façon à brider le triceps et à l'immobiliser.

Le malade commence à se lever un peu dans un fauteuil.

Il reste encore un mois dans le service, gardant son appareil silicaté.

Il s'en va chez lui, reste plusieurs semaines au lit la jambe emprisonnée dans un deuxième appareil, le premier s'étant relâché. Ensuite, il se débarrasse de cet appareil silicaté, reste encore immobile quelque temps, la jambe absolument libre. A ce moment, il se trouve pris d'une douleur assez vive à la partie interne de la cuisse, avec gonflement doulou-

reux des ganglions lymphatiques de l'aîne. Un médecin appelé, diagnostique une lymphangite légère qui ne tarde point à guérir. Enfin, le 93^{me} jour après l'accident, il commence à marcher en s'appuyant légèrement sur le membre malade et en se soutenant avec des béquilles. Il continue à marcher très bien avec ses béquilles, mais le membre est sans force, car les muscles se sont fort notablement atrophiés.

Depuis nous n'avons plus eu de nouvelles de ce malade, mais il est probable que le membre s'est peu à peu fortifié par la marche et qu'il a pu reprendre ses fonctions comme auparavant.

FIN.

Vu bon à imprimer :

Le Doyen,
J. BENOÎT.

Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu :

Le Président censeur,
COMBAL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

***Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement
en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.***

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina ?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contribution à l'étude clinique des ruptures tendineuses du triceps fémoral.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
